

Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique

The psychiatrist faced with refusal of treatment : clinical and legal aspects

El psiquiatra ante el rechazo del tratamiento : un proceso clínico y jurídico

Claire Gamache et Frédéric Millaud

Volume 24, numéro 1, printemps 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031590ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031590ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gamache, C. & Millaud, F. (1999). Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 154–172. <https://doi.org/10.7202/031590ar>

Résumé de l'article

La situation de refus de traitement pharmacologique par un patient psychiatrique est explorée dans cet article. Les principes cliniques fondamentaux et le processus dans lequel se trouve engagé le psychiatre sont exposés en articulation avec les principes juridiques et la démarche judiciaire. Des vignettes cliniques illustrent concrètement ces différents aspects.



Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique

Claire Gamache*

Frédéric Millaud**

La situation de refus de traitement pharmacologique par un patient psychiatrique est explorée dans cet article. Les principes cliniques fondamentaux et le processus dans lequel se trouve engagé le psychiatre sont exposés en articulation avec les principes juridiques et la démarche judiciaire. Des vignettes cliniques illustrent concrètement ces différents aspects.

Le psychiatre est régulièrement confronté dans sa pratique à un refus de traitement de la part de certains de ses patients. Les deux grandes composantes de ce qu'on nomme globalement le traitement psychiatrique sont l'hospitalisation, volontaire ou non, et les traitements bio-psycho-sociaux. Chacun de ces deux grands volets correspond à deux lois différentes du code civil, la loi 145 et la loi 39. Bien qu'en clinique la question de l'hospitalisation involontaire soit étroitement liée à celle de la nécessité de prodiguer d'autres traitements (bio-psychosociaux), sur le plan légal, il y a indépendance totale des deux lois :

- Le refus de l'hospitalisation peut conduire à recourir à une garde en établissement. C'est la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (loi 39, du 18 décembre 1997) qui prévoit alors les règles d'évaluation et d'application d'une garde en établissement. Cette question est fréquente et mérite, vu son importance, d'être traitée seule. Aussi, n'en tiendrons-nous pas compte dans le présent article.

* Médecin psychiatre à la Cité de la Santé de Laval.

** Médecin psychiatre, Chef de département à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

Remerciements

Les auteurs désirent remercier Me Sylvain Lussier et Mme Dominique Meunier.

- Le refus d'un traitement pharmacologique peut amener également à devoir utiliser des recours légaux (loi 145). Ce refus a fait souvent l'objet de débats clinico-juridiques. D'autres formes de traitement, comme les électrochocs, sont aussi ordonnés par le tribunal. Cet article propose une démarche logique concernant la pharmacothérapie, afin d'illustrer à quoi se confronte en général le clinicien.

Comme l'ont démontré Cournoyer et Monette (1994), les mécanismes juridiques actuels s'avèrent à plusieurs égards lourds et coûteux. C'est pourquoi, à la lumière des demandes d'ordonnances de traitement à l'Institut Philippe-Pinel, il apparaît pertinent de proposer des pistes au clinicien ayant à décider de faire ou non une telle démarche.

Différentes étapes se présentent lorsqu'un patient refuse la médication offerte. Au fil de la démarche, le « guide » ici proposé fait un parallèle entre les éléments cliniques et légaux qui organisent la réflexion et le travail du clinicien. Des éléments comme le consentement éclairé, le consentement substitué, la capacité de consentir et l'ordonnance de traitement demandée aux tribunaux seront repris. Il est important, quand un patient refuse une médication, d'utiliser tous nos moyens cliniques, de l'argumentation scientifique aux divers outils relationnels, afin de l'aider à prendre une décision qui soit dans son meilleur intérêt. Le recours au tribunal ne survient que si le patient est incapable de décider, que son incapacité est établie et qu'il oppose un refus catégorique de traitement.

Pour aider à suivre le processus clinique et son intrication avec les éléments légaux, deux vignettes cliniques seront présentées. Et certains points particuliers seront discutés dans une perspective clinique mais aussi éthique. Mais avant d'aborder le processus menant à l'obtention d'une ordonnance de traitement, il est bon de faire un bref rappel historique des lois encadrant les traitements des malades mentaux ainsi que des principales raisons à l'origine d'un refus de traitement par ces patients.

Rappel historique juridique

Au Canada, au début du siècle, les lois sur l'aliénation mentale créaient un rapport direct entre l'institutionnalisation (l'hospitalisation en psychiatrie) et l'administration des biens du malade par l'État. De l'hospitalisation découlait l'incapacité de prendre des décisions concernant son état, donc de refuser un traitement. À cette époque, le

psychiatre se questionnait peu sur le consentement du patient au traitement ou à l'hospitalisation.

Vers 1960, des changements importants sont apportés sur le plan législatif. Ainsi, le droit de consentir à un traitement ou de le refuser ne dépend plus de l'hospitalisation, mais de la capacité du patient d'administrer ses biens. La loi de la Curatelle publique de 1945, alors en vigueur, ne distinguait pas la capacité d'administrer ses biens de celle de consentir à des traitements. Un patient sous régime de protection était d'office considéré incapable de décider pour ses traitements. Pour un patient qui refusait un traitement, le placement sous curatelle pour incapacité d'administrer ses biens ou sa personne permettait ainsi de faire appel au curateur pour autoriser les traitements.

En 1990, la loi 145 (Loi sur le curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives, 1995), fait de la capacité de consentir à un traitement ou de le refuser une entité légale propre qui exige une évaluation spécifique de la part du clinicien. Elle dissocie l'aptitude juridique à s'occuper de soi ou de ses biens de l'aptitude à accepter ou refuser un traitement. L'évolution du droit vers le respect de l'autonomie de la personne oblige le clinicien à tenir compte de nouvelles règles concernant le refus de traitement et à évaluer le contexte clinique de ces refus.

Pourquoi certains patients refusent-ils leur traitement ?

La détresse psychique est une expérience profondément personnelle que le clinicien tente de saisir, d'organiser dans une certaine nosographie et de soulager au mieux. La majorité des patients qui consultent travaillent en collaboration avec leur psychiatre afin d'aménager et, si possible, d'alléger leur souffrance. Les patients qui obligent leur médecin à une démarche légale sont en général les plus atteints par la maladie. Chez eux, le facteur le plus important dans le refus de traitement est sans doute leur psychopathologie, qui peut les conduire :

- 1) à un déni total de la pathologie et donc, logiquement, à un refus total et global de tout traitement ; ou
- 2) à une acceptation partielle de la pathologie et ainsi à une acceptation partielle des traitements, par exemple l'acceptation de l'hospitalisation et d'une psychothérapie mais un refus de la médication ; ou l'acceptation de certains médicaments seulement, etc.

Des mécanismes délirants (persécution, grandiosité...) sont souvent à l'origine de ces positions de déni, mais on retrouve aussi d'autres

éléments comme une blessure narcissique, de mauvaises expériences avec les médicaments psychiatriques (déception devant le peu d'effet thérapeutique, effets secondaires), ou l'influence négative d'un tiers (autre patient, entourage...).

Le refus de la médication peut aussi être associé à l'impression qu'a le patient d'être guéri, ou encore témoigner d'une manifestation d'hostilité vis-à-vis du médecin, qui n'a pu être mentalisée et verbalisée. Ces éléments ne sont, bien sûr, pas exhaustifs. Garneau et Diener (1986) avancent que les raisons « narcissiques » liées à la difficulté d'admettre la maladie paraissent les plus importantes.

Vignettes cliniques

Une femme de 44 ans, Madame A., célibataire, vivant en ressource d'hébergement, est hospitalisée en psychiatrie. Elle est suivie depuis une dizaine d'années pour un trouble schizo-affectif. Elle présente une symptomatologie psychotique résiduelle chronique avec certaines exacerbations aiguës, liées en partie à une mauvaise observance de la médication. L'hospitalisation actuelle a été provoquée par une désorganisation de son comportement à la ressource d'hébergement ; elle est devenue impulsive et agressive verbalement et a déambulé toute la journée. À l'hôpital, son état mental s'est détérioré. Elle est devenue arrogante, irritable, fébrile, logorrhéique et paranoïde. Elle a développé la conviction délirante que le personnel lui voulait du mal, qu'un réseau associé à la mafia contrôlait les médicaments et que les médicaments renfermaient des poisons. Elle a tenu des propos menaçants envers le personnel. Son autocritique est demeurée nulle. Elle a refusé toute médication. Après plusieurs mois d'hospitalisation, elle a attaqué une infirmière de façon soudaine, geste qu'elle a justifié comme de la légitime défense.

Un homme de 33 ans, Monsieur B. est hospitalisé en psychiatrie depuis plusieurs années. Il a été reconnu non criminellement responsable de meurtre, avec un diagnostic de psychose atypique. Depuis le début de son hospitalisation, il a refusé toute forme de traitement. Plus récemment, il a diminué ses apports alimentaires et est dans un état d'hygiène déplorable. Il présente une attitude fermée et méprisante et s'oppose systématiquement à ce qui lui est proposé. Son affect est dominé par une colère intense et une agressivité extrême. Il se croit bon et considère son entourage comme complètement mauvais. Les raisons motivant son refus de traitement apparaissent reliées à des constructions délirantes. Il croit que les repas sont des traitements préparés par des diététistes et conçus pour influencer son biorythme. Toute tentative de

conversation est perçue comme une approche psychothérapeutique visant à le traiter. Il a des propos menaçants et à plusieurs reprises il a agressé physiquement des membres du personnel. À sa chambre, il a détruit tous les objets accessibles. Son diagnostic principal est un trouble de personnalité-limite grave avec une grande difficulté à contrôler sa rage et des idées paranoïdes transitoires.

Un processus en deux étapes

Une évaluation de la capacité de refuser un traitement

Devant un patient paranoïde, le psychiatre pourrait être tenté de lui masquer certains aspects de la réalité; par exemple, il peut être plus facile d'éviter de parler de la réalité de sa maladie ou des risques et inconvénients de la médication. Par contre, et indépendamment des contraintes légales, parler ouvertement de l'existence d'une maladie qui altère les perceptions et désorganise la pensée est en général souhaitable. Donner les grandes lignes de l'efficacité et des bienfaits de la médication, mais aussi en mentionner les principaux effets secondaires, n'a pas que des inconvénients. Si l'effet à court terme n'est pas garanti, à moyen terme cela a le mérite que le psychiatre puisse être perçu comme quelqu'un d'honnête, de fiable, qui ne modifie pas les choses en fonction des circonstances; cela peut ultimement favoriser une alliance thérapeutique réelle basée sur une relation de confiance. Cela n'exclut pas non plus le fait que le psychiatre puisse montrer au patient qu'il conçoit, qu'il saisit sa réalité délirante, ses craintes, les difficultés émotives liées à une telle situation. Bref, l'art du dialogue n'est pas exclu par les contraintes légales, mais peut s'exercer dans toute sa plénitude. Au plan clinique on peut donc évoquer un *principe de compréhension, d'empathie, de respect de l'autre, mais aussi de responsabilisation* de la personne face à sa maladie.

Au plan juridique, le principe fondamental qui guide cet acte clinique est celui de *l'inviolabilité de la personne*. Ce principe, inscrit dans le Code civil à l'article 11, stipule : *Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.*

Vu cet article, tout traitement administré sans consentement constitue une voie de fait punie par la loi. Ce principe incite donc le clinicien à discuter du traitement avec le patient afin d'obtenir son consentement. Il s'agit alors d'un consentement éclairé.

En termes juridiques, le consentement éclairé comprend trois volets :

- 1) Le consentement doit être libre et volontaire, sans contrainte, ni violence, ni subterfuge.
- 2) Toute l'information pertinente doit être fournie au patient. La Cour suprême du Canada s'est prononcée en 1980 sur la question (Garneau et Diener, 1986). Elle prescrit d'exposer au patient la nature de l'acte à poser (médication), la gravité de cet acte, les risques matériels encourus (effets secondaires) qui se produisent fréquemment (chez plus que 2 %) ou qui ont des conséquences importantes ou qui affecteraient le choix du patient. La Cour prescrit également de répondre à toutes les questions du patient, d'exposer les alternatives au traitement et les inconvénients d'un refus de traitement.
- 3) Le consentement doit être donné par un patient jugé capable de donner un tel consentement.

Les exceptions au consentement éclairé

Deux situations cliniques n'exigent pas de consentement éclairé et sont entérinées d'office par la loi :

- 1) Les soins d'hygiène.
- 2) L'urgence : *Protéger la vie* est l'un des principes fondamentaux de la médecine. L'urgence n'est pas définie par la loi, mais les juristes parlent d'une situation clinique où la vie de la personne est en danger ou son intégrité physique, menacée (Biron, 1986). Il s'agit du deuxième principe juridique fondamental, celui du *respect de la vie*, qui a préséance sur celui de l'inviolabilité de la personne.

Les deux cas cliniques présentés ne satisfont pas aux critères de la situation d'urgence : isolés, sans objets dangereux, minimalement nourris, ces patients ne sont pas une menace immédiate pour eux-mêmes. Par contre, si Monsieur B. cessait complètement de s'alimenter, la mesure d'urgence pourrait s'appliquer temporairement. Mme A., elle, a reçu des injections de neuroleptiques lorsque son comportement désorganisé la rendait dangereuse pour elle-même. Notons que la notion d'urgence ne s'applique qu'à la personne et n'implique pas de danger pour autrui.

Il existe une troisième situation prévue par le code criminel qui, sans être entérinée d'office, est régulièrement observée : celle d'un patient inapte à subir son procès. Sans avoir à soulever la question spécifique de la capacité de consentir au traitement, et uniquement dans le but

de rendre le patient apte à subir son procès, une ordonnance de traitement peut être émise par le juge, en même temps qu'une demande d'expertise est faite. Le tribunal rend donc une décision prévoyant le traitement pour une période maximale de 60 jours. Cette mesure répond au principe *du droit d'être jugé le plus rapidement possible en ayant les capacités de se défendre au mieux*.

L'incapacité de consentir

Le psychiatre est souvent confronté à des patients qu'il croit incapables de consentir à leur traitement. Cette incapacité n'est pas entérinée d'office par la loi et requiert une évaluation psychiatrique. En effet, la loi stipule que la capacité de consentir se présume toujours. Il revient donc à celui qui allègue l'incapacité de la prouver. Le cadre juridique s'harmonise donc avec la démarche clinique ; les cliniciens considèrent a priori leurs patients comme capables de consentir. Cependant, au cours de la démarche clinique et en particulier lors des informations et explications données au patient sur sa maladie et sur les traitements proposés, le psychiatre peut soulever cette question. L'état du patient, sa compréhension, ses troubles de comportement, etc, peuvent alerter le psychiatre sur sa capacité de donner un consentement éclairé. Théoriquement, que le patient accepte ou refuse un traitement ne devrait pas être un critère pour évaluer la capacité. Cependant, les situations où le patient accepte tout en étant incapable sont, dans l'immense majorité des cas, peu préoccupantes pour le psychiatre ; le plus souvent, c'est lorsque le patient refuse le traitement que la question de la capacité de consentir devient effective.

Le psychiatre dispose alors de guides pour l'évaluation de la capacité de consentir. La Cour supérieure et la Cour d'appel du Québec ont eu l'occasion de se pencher sur la question des critères de détermination de l'incapacité de consentir. Les critères proposés par la législation de la Nouvelle-Écosse ont été retenus par la jurisprudence québécoise (Critères de la Nouvelle-Écosse, 1989).

- 1) Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement ?
- 2) Comprend-il la nature et le but du traitement ?
- 3) Comprend-il les risques associés à ce traitement ?
- 4) Saisit-il les risques encourus à ne pas subir le traitement ?
- 5) La capacité du patient de consentir est-elle affectée par sa maladie ?

Ces critères doivent être pondérés et, selon le doyen Molinari, « il faut garder à l'esprit que la perception par le malade de sa maladie, de même que l'impact de celle-ci sur sa capacité à comprendre, sont des éléments cruciaux de la démarche diagnostique » (Biron, 1986). Il est proposé ici d'accorder une importance plus particulière à la première et à la dernière question des critères de la Nouvelle-Écosse.

L'évaluation de ces critères dans le cas de Monsieur B. permet au psychiatre de conclure à l'incapacité du patient de consentir. En effet, Monsieur B. n'a aucune autocritique concernant son état, il ne réalise aucunement qu'il présente une maladie psychiatrique et que celle-ci pourrait s'améliorer avec un traitement. Il croit que le but du traitement est mauvais et ne sert qu'à contrôler son biorythme. Monsieur B. n'est pas à même de constater les effets destructeurs de sa maladie non traitée. Il croit se défendre en limitant ses apports alimentaires et en attaquant autrui. Il ne reconnaît point la détérioration progressive de son état mental, non plus que sa dangerosité. Il apparaît évident que la capacité de Monsieur B. de consentir est affectée par sa maladie. Il est donc possible de conclure à l'incapacité du patient de consentir.

Quant à Mme A., elle ne reconnaît pas la nature de sa pathologie. Elle se dit « normale » et croit que les membres de l'équipe traitante sont malades parce qu'ils lui offrent un traitement. Elle ne reconnaît pas sa dangerosité, disant avoir « comme tout le monde » des émotions de joie, de haine et de jalousie. Elle ne distingue pas le but du traitement, croyant la mafia associée avec les soignants pour le contrôle de ses médicaments, ou croyant qu'un produit détergent serait intégré à ses pilules. Ainsi, Mme A. évalue mal les effets secondaires de la médication, ayant peur que certains poisons soient intégrés aux médicaments, et appréhendant des effets nuisibles irréalistes (phlébites, crise cardiaque). Elle ne discerne pas les conséquences d'une absence de traitement : elle ne se considère pas malade, ne reconnaît pas que son refus d'être traitée l'empêche d'améliorer sa condition psychique et l'empêche de diminuer sa dangerosité. L'état mental de Mme A. entrave sa capacité de consentir.

Lorsque l'incapacité de consentir est cliniquement documentée, le psychiatre doit toujours consigner au dossier les points saillants de la discussion avec le patient, ainsi que les éléments lui faisant conclure à une incapacité de consentir. Afin d'étoffer le dossier, il est recommandé d'obtenir une consultation auprès d'un confrère sur l'incapacité du patient.

Le consentement substitué

L'étape de l'évaluation de l'incapacité franchie, le psychiatre doit tenter d'obtenir un consentement substitué. Ce dernier est également encadré par la loi :

Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte des volontés que cette dernière a pu manifester. (Article 12 du Code civil)

Il va de soi que ce consentement doit lui aussi être éclairé avec tous les éléments cités précédemment.

La loi (Projet de loi 145, 1989) prévoit à quel représentant légal le clinicien doit demander ce consentement substitué, et quel ordre hiérarchique respecter :

- 1) Le mandataire
- 2) Le tuteur ou le curateur
- 3) Le conjoint
- 4) Un proche parent ou toute autre personne démontrant de l'intérêt pour le patient.

L'énumération des représentants légaux inscrite dans la législation démontre bien le changement qu'a apporté la loi sur le curateur public. Il est à propos de rappeler ce que représente le *mandat* et les *régimes de protection* et leurs rôles respectifs lorsqu'un patient est considéré incapable de consentir. Le mandat en cas d'incapacité (au sens juridique) et les régimes de protection répondent à un autre principe juridique fondamental, celui de la *préservation de l'exercice des droits fondamentaux*. Ce principe veut que lorsqu'un patient ne peut plus exercer ses droits d'exprimer sa volonté, de décider pour lui-même, de gérer sa personne ou ses biens, il peut avoir recours à un mandataire ou à un régime de protection pour les exercer en son nom.

Le mandataire est cette personne désignée par le patient alors qu'il était apte, en prévision d'une incapacité. Au moment où l'incapacité survient, le mandataire désigné demande au tribunal d'homologuer le mandat afin de le rendre effectif. Cette possibilité de désigner un mandataire existe depuis la loi sur le curateur public de 1990.

Si le patient n'a pas désigné de mandataire, le clinicien doit vérifier s'il bénéficie d'un régime de protection. Le tuteur et le curateur au majeur sont les représentants du patient. Le curateur est nommé en cas d'incapacité totale et permanente du majeur, le tuteur en cas d'incapacité partielle ou temporaire. Il peut s'agir de l'incapacité à gérer ses

biens ou sa personne ou les deux. Depuis la loi sur la curatelle publique, la capacité de consentir à un traitement est devenue indépendante du fait qu'un patient bénéficie ou non d'un régime de protection. Le clinicien doit donc faire appel au tuteur ou curateur seulement si le patient est incapable de consentir et n'a pas de mandataire désigné. Tel qu'énoncé précédemment, la capacité de consentir est soumise à une évaluation spécifique, différente de l'évaluation psychosociale nécessaire pour ouvrir un régime de protection. En l'absence d'un régime de protection, le conjoint ou un proche parent fait office de représentant légal pour les décisions concernant les traitements.

Monsieur B. n'a pas de mandataire et bénéficie déjà d'un régime de curatelle publique. Mme A n'a ni mandataire, ni régime de protection, ni proche parent. Pour Monsieur B. la démarche préconisée serait de demander à la curatelle publique un consentement substitué. Pour Mme A., personne autour d'elle ne peut donner de consentement substitué. Cette étape est alors franchie.

Deuxième étape : recours aux tribunaux. Quand ? Comment ?

Éléments légaux et cliniques pour recourir au tribunal et obtenir une ordonnance de traitement

Éléments légaux

Deux situations sont prévues par la loi et permettent un recours aux tribunaux pour traiter le patient contre son gré. Ces deux situations sont :

- 1) le refus catégorique du patient, qu'il y ait consentement substitué ou non ;
- 2) le refus du représentant légal jugé injustifié par le clinicien.

Le consentement substitué est donc insuffisant pour passer outre à l'expression du refus catégorique de traitement du patient majeur incapable de consentir, ce qui est le cas pour Monsieur B. et Mme A.

Éléments cliniques

Si les éléments légaux sont bien balisés, il en est autrement des éléments cliniques qui peuvent pousser le psychiatre à demander une ordonnance de traitement. On peut raisonner non en termes de critères bien établis mais plutôt de points de repères cliniques destinés à aider le psychiatre à exercer son jugement et à prendre une décision. Rappelons que cette démarche est longue et coûteuse en temps et en énergie pour le

psychiatre, l'équipe traitante, l'hôpital mais aussi inquiétante et souvent frustrante pour le patient et son entourage.

On peut proposer quelques balises de base :

- 1) Le patient représente un danger pour autrui du fait de la perturbation de l'état mental ; la dangerosité a peu de chance de se réduire sans intervention pharmacologique.
- 2) Le patient représente un danger pour lui-même de façon persistante, malgré l'utilisation pendant plusieurs jours de tous les autres moyens cliniques pour diminuer le risque suicidaire.
- 3) Le patient présente une maladie physique qui peut avoir des conséquences graves sur sa vie ou ses conditions de vie ultérieures et, du fait de la perturbation de l'état mental, il refuse le traitement curatif physique.
- 4) Le patient souffre d'une pathologie psychiatrique persistante et grave qui entraîne une détérioration lente mais certaine de son fonctionnement. Cette dégradation est à qualifier en termes de dégradation de la qualité de vie, perte d'autonomie, perte de liberté au long cours : hospitalisation prolongée, plan de chambre au long cours, voire isolement sur de longues périodes, mais aussi symptômes négatifs marqués pouvant conduire le patient à un isolement relationnel majeur.

Souvent il y a une intrication des différents éléments mentionnés et le psychiatre devra en faire une synthèse appropriée pour prendre la décision de s'engager dans une démarche légale en vue d'obtenir une ordonnance de traitement.

Le psychiatre doit aussi, dans la mesure du possible, tenter d'évaluer les chances de réussite d'une telle démarche, en particulier dans des situations qui pourraient apparaître litigieuses. La dynamique du patient, les éventuels enjeux relationnels doivent être pris en compte et analysés au cas où l'ordonnance ne soit pas obtenue : quelles seraient alors les conséquences d'un tel échec pour la poursuite de la prise en charge ? Un dossier bien étoffé, avec des arguments solides, apparaît dans tous les cas nécessaires.

L'état mental de Monsieur B. présente de façon évidente une détérioration importante et si aucun traitement n'est tenté, celui-ci continuera de se détériorer. En limitant ses apports alimentaires, Monsieur B. met sa santé et sa vie en danger à moyen terme. Aux prises avec une tension et une agressivité débordante et avec un système de convictions quasi délirantes qui justifient, selon lui, qu'il se défende, Monsieur B.

met la sécurité d'autrui en danger. Il répond donc clairement aux points de repères cliniques énoncés.

L'état de Mme A. présente une détérioration plus progressive, sur plusieurs années. Par contre, elle est une menace pour la sécurité d'autrui comme l'ont démontré les agressions commises sur une infirmière et sur une caissière de restaurant.

La démarche devant le tribunal

Quelques balises sont ici proposées afin de faciliter la démarche devant le tribunal.

Lorsque la décision est prise de recourir aux tribunaux, il est nécessaire d'impliquer, dès le début, l'avocat de l'hôpital afin de poursuivre cette démarche en collaboration avec lui. C'est lui qui devra plaider en cour et faire appel au clinicien comme témoin.

Ensuite les étapes à suivre sont les suivantes :

- 1) Il est fortement recommandé de demander un confrère en consultation afin d'obtenir son opinion sur la capacité du patient de refuser le traitement ou d'y consentir, et de joindre son examen au dossier pour la Cour.
- 2) Le clinicien doit signifier au patient et à son représentant légal qu'une telle procédure est enclenchée. Pour Monsieur B., il s'agit de son avocat et du curateur public. Pour Mme A., son avocat a été prévenu.
- 3) Concernant le traitement proprement dit, il est recommandé de demander à la Cour un traitement pharmacologique, suivant les standards de la profession plutôt qu'une médication précise. Plus la demande est large, plus la latitude de l'équipe traitante est grande pour soulager le patient et permet de tenir compte de l'évolution possible (essais et échecs thérapeutiques, changement de situation : congé et besoin de médication à longue action, etc.). Le jugement de la Cour, s'il va dans le sens d'une ordonnance de traitement, reflète souvent la forme de la requête du psychiatre traitant. Le jugement peut ordonner qu'un traitement neuroleptique soit administré au patient contre son gré, ainsi que la médication nécessaire pour combattre les effets secondaires. Si la demande demeure large, la Cour peut ordonner de traiter le patient contre son gré conformément aux règles de l'art en semblable matière. Ce jugement-ci permet d'administrer des benzodiazépines ou un

anti-convulsivant sans recourir à nouveau au tribunal. Il apparaît important que la responsabilité du choix du traitement demeure celle du psychiatre et non celle du juriste.

- 4) Il est souhaitable de prévoir s'il y aura transfert de l'ordonnance dans un autre hôpital afin de permettre de transférer aussi la responsabilité légale.
- 5) La durée de l'ordonnance de traitement doit être évaluée en fonction des antécédents du patient. Dans certains cas, des réticences importantes à prendre la médication et une autocritique nulle exigent une longue période afin que se développe la compréhension du patient de la nécessité et des bienfaits d'un traitement. Plusieurs mois sont souvent requis avant qu'il y ait ajustement optimal et prise volontaire du traitement. Une durée d'ordonnance prolongée évite de perdre les acquis thérapeutiques et évite également les retours fréquents au tribunal. Une période de trois ans correspond au temps maximal autorisé selon la jurisprudence actuelle.
- 6) Des conditions de traitement, autres que les aspects pharmacologiques, peuvent être ajoutées dans la demande d'ordonnance : lieu de résidence, assiduité aux rendez-vous médicaux, collaboration à un suivi social, etc. Toute condition qui s'avère nécessaire à une bonne observance thérapeutique et qui contribue à la réduction des risques cliniques invoqués plus haut peut faire l'objet de mention.

L'application de l'ordonnance de traitement

Lorsque le tribunal s'est prononcé en faveur de l'administration du traitement contre le gré du patient, quelques règles doivent être respectées.

La première veut que le clinicien attende cinq jours avant de commencer le traitement afin de laisser au patient la possibilité d'en appeler de cette décision. Un appel dans les cinq jours suspend automatiquement l'administration du traitement. S'il y a inscription officielle au dossier qu'il n'y aura pas d'appel, le traitement peut être administré. Il est cliniquement justifié et légalement possible de faire la requête à la Cour que le traitement soit administré immédiatement après le jugement. En termes juridiques, il s'agit d'une exécution provisoire pour les cinq jours nonobstant appel. Cette application rapide du jugement permet au patient d'associer le jugement de la Cour au début du « traitement contre son gré ». Cliniquement, aux yeux du patient, ce lien peut

libérer en partie le psychiatre traitant de cette décision, conservant ainsi un minimum d'alliance thérapeutique.

La deuxième règle veut qu'on évite un trop grand délai dans l'administration de l'ordonnance. En effet, l'ordonnance devient caduque si le traitement n'a pas débuté dans les six mois. De plus, si la situation exige un retour devant le tribunal, le délai devra être justifié et il devient ardu d'exiger un traitement que l'on n'a pas administré.

La supervision du traitement est confiée soit à un sous-comité du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens chargé de l'évaluation de l'acte médical, soit à un comité d'éthique. L'ordonnance de traitement de la Cour peut obliger de porter à la connaissance du tribunal tout conflit ou divergence d'opinion entre le comité de l'acte médical et le psychiatre traitant. Elle peut également ordonner de remettre au patient et à son représentant une copie des rapports concernant le traitement. Ces rapports sont exigés à intervalles réguliers, fixés par le juge.

Les ordonnances demandées pour les deux situations mentionnées plus tôt ont été accordées. Il est intéressant de noter l'évolution subséquente de ces patients. Quelques jours avant l'ordonnance de traitement, Monsieur B. se mettait du papier hygiénique dans les oreilles, avait une démarche très bizarre et ne verbalisait que des propos injurieux. Après le jugement, il a accepté de prendre de l'halopéridol *per os*. En quelques jours, il y a eu disparition complète de son agressivité et de ses symptômes psychotiques. Progressivement, il a pu intégrer le groupe de patients et participer aux activités de l'unité. Il a accepté une médication à longue action en injectable afin de commencer un processus de réinsertion sociale et de participer à des ateliers à l'extérieur de l'hôpital.

Mme A. a reçu pendant les 17 premiers jours suivant le jugement deux injections d'halopéridol par jour. Après ce laps de temps, elle a accepté une médication *per os*. Le traitement a permis une augmentation des temps de sortie dans le groupe de patientes. Elle est devenue plus calme, moins hostile et la tachypsychie a diminué. Elle a cessé les menaces homicides et lorsqu'elle devenait irritable, elle s'empressait de s'excuser quelques instants plus tard. Le tableau maniaque a en grande partie disparu alors que quelques éléments déli-rants ont persisté. Les symptômes résiduels ont pu être abordés en entrevue en raison d'une meilleure collaboration de Mme A. à ses entretiens.

DISCUSSION

Il apparaît pertinent de reprendre quelques points abordés précédemment et de les discuter avec une perspective clinique et éthique. Ils illustrent à nouveau la complexité du processus.

La notion d'urgence

Il survient régulièrement en clinique psychiatrique que la menace à l'intégrité physique de la personne se confonde avec la menace pour autrui. Une personne agitée dans une unité psychiatrique qui menace d'attaquer autrui présente aux yeux du clinicien une menace pour elle-même autant que pour autrui. Cette notion qui demeure large en clinique fait l'objet d'une dichotomie claire en termes juridiques, puisque dans la notion d'urgence, il n'est nullement question de la protection d'autrui.

L'absence de la mention de menace pour autrui laisse ainsi entendre, par défaut, qu'on ne peut retenir cette dimension seule pour justifier la notion d'urgence. On peut remarquer par contre que les principes de l'ONU élaborés en 1990 sont plus précis à ce sujet (Gendreau, 1996). Selon l'ONU, il y a comme exception au consentement « le traitement urgent et nécessaire à la protection du patient ou d'autrui ». Cependant, pour ce point de discussion et les suivants, les principes de l'ONU n'ont pas préséance sur les juridictions nationales et ne peuvent en aucun cas être cités afin de justifier des actions différentes de celles prévues par la juridiction québécoise.

Le consentement substitué : aspects légaux et éthiques

La loi spécifie bien que celui qui consent pour autrui doit le faire en tenant compte des volontés que cette personne a pu exprimer. La loi demande de façon très nette à cette personne « de se mettre dans les souliers de la personne qu'elle représente » et de prendre la décision que cette dernière aurait prise. Cette position est dénoncée par Michael et Neil Conacher (1994) qui mettent en évidence ce respect d'une « volonté antérieure compétente » d'un jeune patient schizophrène par la Cour ontarienne. Ce patient qui avait déjà exprimé un refus de traitement, alors qu'il était considéré capable de refuser, a réussi à faire respecter ce choix même au moment de son incapacité pour raison de symptômes psychotiques. Psychotique, dangereux et non traité, il doit être gardé en institution, et devient, d'après les auteurs, un nouveau patient d'un groupe grandissant de patients psychotiques légalement intraitables. La situation semble moins tranchée au Québec. Soulignant le droit, que prévoit la Charte québécoise des droits et libertés de la per-

sonne, à l'intégrité physique et à la sauvegarde de la dignité, la Cour d'appel du Québec notait, dans le jugement Institut Philippe-Pinel de Montréal contre G. : « Le fait d'imposer à une personne un traitement contre son gré porte gravement atteinte à sa liberté et à son autonomie. Mais n'est-ce pas également violer cette autonomie que d'abandonner cette personne à sa maladie et la garder enfermée en raison de sa dangerosité ? » (Cour d'appel du Québec, 1994)

Cette interprétation plus large des droits des personnes atteintes de maladies mentales nous semble plus humaine et plus facilement porteuse d'espoir et de possibilité de réflexion pour ces personnes elles-mêmes. Elle nous semble également redonner au principe éthique d'autonomie la souplesse nécessaire.

Le questionnement des cliniciens sur les visées thérapeutiques de telles démarches légales

Est-ce qu'au terme de telles procédures les patients s'améliorent vraiment au plan symptomatique, et cette amélioration est-elle pour eux synonyme de meilleure qualité de vie ? Winick (1994) a examiné, de façon théorique, quelles pouvaient être les incidences thérapeutiques du droit au refus de traitement et de l'imposition légale de traitements pharmacologiques. Il s'est basé sur des principes de psychologie cognitive, de psychologie sociale et sur les théories psychodynamiques. Il fait ressortir tous les éléments bénéfiques d'un traitement pris de façon volontaire par le patient.

Il en conclut que tous ces éléments étant absents lors de l'administration coercitive d'un traitement, la question du résultat se pose. Il souligne également la difficulté au niveau de la relation patient-médecin qu'entraîne un traitement coercitif. Intéressante au plan théorique, cette réflexion n'a pas été validée par de la recherche clinique. Une seule étude, rétrospective, s'est attachée à examiner cette question (Greenberg et al., 1996). Un échantillon de patients qui avaient reçu un traitement pharmacologique de force a été interviewé au téléphone après leur congé de l'hôpital. Une proportion significative de patients (60 %) pensait à posteriori qu'avoir été forcé de prendre une médication avait été une bonne chose et 43 % affirment que dans un même état ils devraient être forcés à nouveau.

Les coûts sociaux et le partage équitable des ressources

Les coûts pour les hôpitaux en frais juridiques (avocat) et en temps médicaux (temps clinique de rédaction de rapports, temps passé à la

Cour) sont très importants (Cournoyer et Monette, 1994). C'est un facteur qui doit être considéré en période de restriction budgétaire et de réorganisation des services dispensés.

Les questions d'équité et d'accessibilité des services tiennent le devant de la scène actuellement et les coûts engendrés par les démarches pour ordonnances de traitement incitent à se questionner sur la lourdeur d'un tel processus et à envisager des solutions moins coûteuses et qui respectent aussi bien les droits des malades. Un tribunal administratif, comme la Commission des affaires sociales ou la Commission d'examen, pourrait répondre à un tel besoin. Ce tribunal qui se déplacerait dans les hôpitaux serait composé de gens de loi et de praticiens de la psychiatrie.

La perspective internationale

Il est riche d'enseignement de consulter les positions d'organisations internationales sur ces questions de refus de traitement. Depuis 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît comme droit fondamental de l'être humain le droit au traitement et aux services de santé.

Pour l'Association Mondiale de Psychiatrie (AMP), le patient admis volontairement en hôpital doit conserver son autonomie et son libre arbitre. Par contre, l'AMP considère que le patient admis contre son gré à des fins de traitement doit pouvoir être traité sans égard à sa volonté puisque c'est le but de l'admission.

On retrouve des notions similaires dans la résolution adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU (1991) qui définit des principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé. En voici quelques extraits :

Principe 11 : Consentement au traitement

1. Aucun traitement ne doit être administré sans que le patient ait donné son consentement en connaissance de cause (majeure apte).
6. Le traitement proposé peut être dispensé au patient sans son consentement donné en connaissance de cause, si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) Le patient n'est pas un patient volontaire au moment considéré ;
 - b) Une autorité indépendante, ayant en sa possession tous les éléments d'information nécessaires, est convaincue que le patient n'a pas la capacité de donner ou de refuser son consentement

en connaissance de cause au traitement proposé ou, si la législation nationale le prévoit, que, eu égard à la sécurité du patient ou à celle d'autrui, le patient refuse déraisonnablement son consentement ;

- c) L'autorité indépendante est convaincue que le traitement proposé répond au mieux aux besoins de la santé du patient.
- 9. Lorsqu'un traitement est autorisé sans le consentement du patient donné en connaissance de cause, tout est fait néanmoins pour tenter d'informer le patient de la nature du traitement et de tout autre mode de traitement possible, et pour faire participer le patient dans la mesure du possible à l'application du traitement.

Conclusion

La question du refus de traitement est complexe au niveau clinique et légal. Elle touche à des valeurs fondamentales quant à la liberté et à son rapport avec l'aliénation mentale. Les mécanismes légaux actuellement en place au Québec visent principalement à protéger les patients et à faire respecter leurs droits. La clinique s'en trouve modifiée et peut-on dire bonifiée ; elle doit être plus rigoureuse, mieux documentée, et le patient a un statut de personne responsable, jusqu'à preuve du contraire. Cela contribue grandement à l'évolution des mentalités. Par contre, la procédure est lourde et coûteuse ; la mise en place de structures indépendantes plus légères qu'un tribunal pour obtenir des ordonnances de traitement pourrait contribuer à une meilleure efficacité. La question de l'association automatique entre l'hospitalisation involontaire et le traitement pharmacologique telle que proposée par l'AMP et l'ONU mérite également réflexion.

RÉFÉRENCES

- BIRON A., 1986, *La doctrine du consentement éclairé*, dans Colloque Pinel/Douglas, Consentement éclairé et capacité en psychiatrie, Migneault, P, O'Neil, J., Éditions Douglas, 101-122.
- CODE CIVIL DU QUÉBEC, Édition Wilson et Lafleur, janvier 1995, Beaudoin, Renaud.
- COUR D'APPEL DU QUÉBEC, 1994, Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G., 1994, R.J.Q. 2523 (C.A.).
- COURNOYER J, MONETTE Y., 1994, La judiciarisation du traitement du malade psychiatrique inapte qui refuse catégoriquement de consentir, *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 339-343.

- CRITÈRES DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE, 1989, Nova Scotia Hospitals Act., R.S.N.S., 1989c., 208, article 52.
- GARNEAU J, DIENER J. M., 1986, *Les règles du consentement éclairé et ses impasses en psychiatrie*, Colloque Pinel/Douglas, Consentement éclairé et capacité en psychiatrie, Migneault, P, O'Neil, J., Éditions Douglas, 49-67.
- GENDREAU C., 1996, *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement : élaboration d'une norme internationale*, Édition Thémis.
- GREENBERG, M. W., MOORE-DUNCAN, L., HERRON, R., 1996, Patients' attitudes toward having been forcibly medicated, *Bulletin of American Academy of Psychiatry Law*, 24, 4, 513-523.
- L'incapacité à consentir aux soins : la Cour d'appel du Québec proposa une interprétation et une méthode d'évaluation, *Médecins et psychiatres*, novembre 1994; 4-6.
- MICHAEL, P., NEIL CONACHER, G., 1994, Legally untreatable — A new category of long stay patient?, *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 433-435.
- Projet de loi 145, *Loi sur le curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, 1989.
- WINICK, BRUCE C, 1994, The right to refuse mental health treatment : A therapeutic jurisprudence analysis, *International Journal of Law and Psychiatry*, 17, 1, 99-117.

ABSTRACT

The psychiatrist faced with refusal of treatment : clinical and legal aspects

In this article, the authors discuss refusal of treatment by psychiatric patients. Basic clinical principles as well as the process in which the psychiatrist must engage are exposed with the legal aspects. Clinical vignettes concretely illustrate these different aspects.

RESUMEN

El psiquiatra ante el rechazo del tratamiento : un proceso clínico y jurídico

En este artículo se explora la situación del rechazo del tratamiento farmacológico por un paciente. Son expuestos los principios clínicos fundamentales, articulados con los principios jurídicos y el proceso judicial en el que se encuentra comprometido el psiquiatra. Las viñetas clínicas ilustran concretamente cada uno de los diferentes aspectos.